***Załącznik nr 2 do SIWZ***

**FORMULARZ CENOWY**

***Zadanie nr 1***

**Konserwacja, przeglądy, naprawy sprzętu i aparatury medycznej**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa sprzętu/aparatury** | **Wartość netto – w okresie umowy (przeglądy/konserwacja/naprawy)** | **VAT %** | **Wartość****brutto – w okresie umowy****(przeglądy/konserwacja/naprawy)** |
| **1** | **Akcelerator Clinac** iX s/n H295608 z wyposażeniem:* kolimator wielolistkowy Millennium MLC 120,
* system obrazowania PoratalVision aS1000,
* system radiograficzny OBI IGRT,
* system RapidArc,
* stół terapeutyczny EXACT,
* centratory laserowe 3 szt,
* monitor w pomieszczeniu terapeutycznym
* monitory i komputery sterujące akceleratorem wraz ze stacjami terapeutycznymi
 |  |  |  |
| **2** | **Akcelerator Clinac iX -** sn:H295833 z wyposażeniem:* kolimator wielolistkowy Millennium MLC 120,
* system obrazowania PoratallVision aS500,
* stół terapeutyczny EXACT,
* centratory laserowe 3 szt,
* monitor w pomieszczeniu terapeutycznym
* monitory i komputery sterujące akceleratorem wraz ze stacjami terapeutycznymi
 |  |  |  |
| **3** | **AcuityiX** – sn: H770477 |  |  |  |
| **4** | **Aria/Eclipse** – sn HIT 5220 z wyposażeniem:* serwer systemów
* stacja Eclipse calc – 3 sztuki
* stacja Eclipse ncalc – 3 sztuki
* stacja Aria Edit – 10 sztuk
 |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

**Cena 1 roboczogodziny (naprawy *(łącznie z dojazdem)* - podać informacyjnie):**

netto .......................... zł (słownie: ..........................................................................................)

podatek ...................... zł ( słownie: .........................................................................................)

brutto ......................... zł (słownie: ..........................................................................................)

**Data ................................ ..................................................**

*(Podpisy osób upoważnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy )*